

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा पर)

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
 - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
 - 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य ज्ञान प्राप्त नहीं है या सही जानकारी प्राप्त नहीं हो सकती है।
 - 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो राशि मिले है, उसका उपयोग केवल उक्त उद्देश्य के पूर्ण को लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में दया गया है।
 - 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरन्स कंपनी से न तो राशि ले और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा)

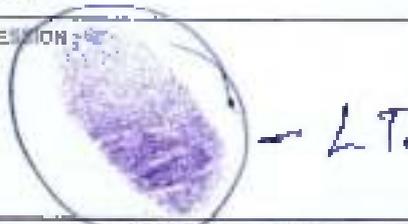
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अवैध जानकारी को प्रकट करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भ्रातृबंधों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और ये विवरण इस रूप में प्रकट हों, जो "कोशिका" द्वारा प्रकट, प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये मिलने की इच्छा रखने से प्रकट करने के लिए अधिकृत हैं। मैं प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य ज्ञान प्राप्त नहीं है या सही जानकारी प्राप्त नहीं हो सकती है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रकट हों, इसके अलावा किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरन्स कंपनी से न तो राशि ले और न ही भविष्य में लूँगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा अनुमति)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/cases, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/cases from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, इकाई को और से भर्ती/रिपोर्ट को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरन्स कंपनी से प्राप्त होगी, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रकट, प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये मिलने की इच्छा रखने से प्रकट करने के लिए अधिकृत हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए अधिकृत होंगे। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए अधिकृत होंगे।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो राशि सहायता प्रदान की जाती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच ही किया है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमारा ही रोगी को सहायता प्रदान करने का पूर्ण उत्तरदायित्व है। हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से कोई भी भूमिका या जिम्मेदारता प्राप्त नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तिथि 09/07/23	<p>Dr MAZHAR KHAN M.B.B.S U.P. (M.D.) शस्त्र का विशेषज्ञ (कोशिका फाउन्डेशन)</p>	<p>Anurag Mishra Manager-Administration Dr. Shri... (Name, Designation & Address of Authorised Signatory of Hospital) Mohan... नगर में पर... (कोशिका फाउन्डेशन)</p>
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनन्तर उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 प्राथमिक हस्ताक्षर : 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 द्वितीयक हस्ताक्षर 2
--	--